

SZÁNTÓ ÁKOS<sup>1</sup>, BOROS-BALINT IULIANA<sup>2</sup>,  
SIMON UGRON AGNES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eszterházy Károly Egyetem, Vállalkozás-gazdaságtan Tanszék, Eger

<sup>1</sup>University of Eszterházy Károly, Business-Department of Economics, Eger

<sup>2</sup>Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Testnevelés és Sport Kar, Kolozsvár

<sup>2</sup>University of Babes-Bolyai, Faculty of Physical Education and Sport,  
Cluj-Napoca

A RUGALMAS EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGI PROFIL  
(RETP) MODELL

THE FLEXIBLE HEALTH AWARENESS PROFILE  
(FHAP) MODELL

## Összefoglaló

Bár az egészségtudatos magtartással több irodalom foglalkozik a turizmusban (Könyves és mtsai. 2005, Kerényi és mtsai. 2009, Müller, Kórik 2009, Barta és mtsai. 2011), számos irodalom ír a rekreációban (Csörgő és mtsai. 2013, Juhász és mtsai. 2015, Madarász-Bácsné 2016), közoktatásban (Müller és mtsai. 2008, Müller és mtsai. 2009, Nagy és mtsai. 2009, Boda és mtsai. 2016, Nagy és mtsai. 2016) betöltött szerepéről, azonban ennek mérése, számszerűsítése nem jelenik meg ezekben. A szakirodalmat áttekintve nem találtam olyan mérőszámot, melyet az egészségtudatosság mérésére már használt volna valaki. Egyedül Gould SJ. kivétel (American Journal of Prev. Med. 1990 jul-aug; 6[4], p. 228–237), aki a Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale című cikkében az egészségtudatosságot az öntudatossággal párhuzamba állítva vizsgálja. Megalkotja az egészségtudatossági skálát az öntudatossági skála módosításával. A kutatásai alapján négy elsődleges faktora szabad fordításban:

- Egészség-öntudatosság
- Egészségfigyelés
- Egészség-önvizsgálat
- Egészség-érintettség.

Ez azonban, ahogy a kiindulásából is látszik, egy szociológiai jellegű skála és módszer. Így nem alkalmas arra a marketingszempontrú vizsgálatra – már csak azért sem, mert nem derült ki pontosan, hogy melyiket miként mérte és határozta meg –, melyet én szeretnék elvégezni.

Egy másik, ehhez hasonló szociológiai-pszichológiai alapú modell a cselekvési nehézséget vizsgálja. Ez annyiban megfelelőbb az én szempontomból, hogy számszerűsíteni lehet vele egy minőségi változót. Esetemben ez a változó: mit tesz egészsége megóvása, helyreállítása érdekében? Ezt a kérdést egy általam végzett kutatás keretében tettem fel, melynek módszertani keretei a következők.

**Kulcsszavak:** egészségtudatosság, egészségtudatosság mérése, RETP-modell

## Abstract

Although the health-conscious core maintenance more literature on tourism (Könyves et al 2005; Kerényi et al, 2009; Müller, Kórik 2009) or even recreation (Csörgő et al, 2013, Juhász et al, 2015), school education (Müller et al 2008, Müller et al 2009, Nagy et al 2009), but this measure does not appear to quantify these. Reviewing the literature of health awareness I didn't find any measurement about it. Only Gould SJ. in his article Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale (American Journal of Prev. Med. 1990 jul-aug; 6[4], p 228–237) examined the health consciousness together with self-consciousness. He created the scale of health awareness by modifying the self-consciousness. He determined four primary factors of health awareness:

- (1) Health Self-Consciousness,
- (2) Health Alertness,
- (3) Health Self-Monitoring, and
- (4) Health Involvement

As it can be seen it is a sociological focused scale and examination method. So, It is not good for me to make a market oriented analysis. Otherwise, It can not be known the circumstances of measurement and examination.

An other model, which has also sociological-psychological basis, examine „the difficulty in action”. It is better for me because it is suitable to quantify a quality variable. In my case this variable is „what are you doing for your health”. This question was used in a research which method can you read below.

**Key words:** Health awareness, measurement of health awareness, FHAP model

## Anyag és módszerek

A kvantitatív kutatásom módszerül a kérdőíves megkérdezést választottam. A felhasznált kérdőív önkitöltő jellegű volt. A Miskolci Egyetem nappali és levelező tagozatos diákjai alkották elsősorban a mintát, akiknek az írásbeli vizsga után adtam oda a kérdőívet a 2005/2006-os tanév nyári vizsgaidőszakában (2006. június) kérve őket, hogy amikor jönnek az eredményért, adják le a tanszéki adminisztrációban. Ebben az esetben a visszaérkezési arány mintegy 32%-os volt. Vagyis a hallgatóknál 630 kérdőív került kiosztásra, melyek közül 223-at kaptam vissza. Ezen túl 70 fő 18 éven felüli Miskolcon vagy az agglomerációban élő felnőtt alkotta a kvótás részmintát. Ebben az alábbi kvóták alapján történt a lekérdezés. 55–45% volt a nők, illetve a férfiak aránya. A korcsoportok 18–25, 25–45 és 45 felettiiek voltak. A 25–45 év közöttiek, valamint öregedő társadalom lévén a 45 év felettiiek aránya is magas volt. Az iskolai végzettséget is három rétegben különítettem el, az alap-, a közép- és a felsőfokú végzettségűek csoportjára. Arányosan – a KSH statisztikai adataira támaszkodva – a középiskolai végzettséggel rendelkezőket, ide értve a szakmunkás-, a szakközépiskolai és a gimnáziumi végzettségűeket, nagyobb arányban választottam be a részmintába, mint a felső- és alapfokú végzettségűeket. A célom az egyetemistákon túli részminta alkalmazásával az volt, hogy megvizsgáljam, más eredményeket kapok-e ezen megkérdezettek körében. Nem így történt, ezért is kezelem a későbbiekben egységesen a mintát. Azonban az itt leírtak ellenére sem tekinthető az alkalmazott minta reprezentatívnak, ezért ezt az adatgyűjtést is egy pilot vizsgálatnak tekintem.

Az összes kitöltött kérdőív közül 270 volt használható, melyeket SPSS szoftver segítségével dolgoztam fel, és ennek segítségével végeztem statisztikai elemzéseket.

## Cselekvési nehézség vizsgálata

A cselekvési nehézségeket vizsgáló modell felhasználásával meg tudom határozni, hogy a megkérdezettek által említett cselekvéseknek milyen nehéz a végrehajtása. A modell szerint minél többen végeznek egy tevékenységet, annál könnyebb a végrehajtása, vagyis annál alacsonyabb a cselekvési nehézség értéke.

Ez alapján az állapítható meg, hogy az egészség megóvása, helyreállítása érdekében a legkisebb nehézséggel végezhető a torna, az aerobics, a kondi, a fitness, mely a nemzetközi trendeknek megfelelően igen népszerű, és a keres-

lete nő (Bíró és mtsai. 2007; Müller és mtsai. 2013). Még mindig kis cselekvési nehézségűnek minősítem a sportot (így általában) és a futást, az úszást, a kerékpározást. Ezek az említett tényezők abban a formában, ahogy a megkérdezettek említették őket. Így alakult ki az 1. táblázatban látható tényezők sora. Többféle csoportosításban megvizsgáltam a tényezők cselekvési nehézségeit, mert amint megnézzük a táblázatot, látható, hogy az említett cselekvések további csoportokba vonhatók össze egészen addig, hogy végül csak három csoport marad. Én azonban a fogyasztók által említett felosztásnál maradtam, mert a többi esetben szélsőséges értékeket mutattak a cselekvési nehézségek. Így megítélésem szerint ebben a felosztásban differenciáltak a legjobban a cselekvések. Visszatérve a nehézségi értékekhez, közepes az egészséges táplálkozás és a vitaminok, a táplálékkiegészítők, a zöldség és gyümölcs fogyasztásának értéke. Ami ennél is elkésőbb, hogy az orvos felkeresésének már igen magas a nehézsége. A sort pedig a kevésbé népszerű sportok, testmozgások zárják.

1. táblázat: Cselekvési nehézségek a válaszadók által az egészségük megóvása, helyreállítása érdekében végzett tevékenységek esetében

Cselekvések	Gyakoriság	Gyakoriság %-ban	Cselekvési nehézség
Torna, aerobic, kondi, fitnessz	74	0,274	0,726
Sport	67	0,248	0,752
Futás, úszás, kerékpár	65	0,241	0,759
Séta, kirándulás	34	0,126	0,874
Egészséges táplálkozás	30	0,111	0,889
Vitaminok, táplálékkiegészítők, zöldség-gyümölcs	24	0,089	0,911
Foci	21	0,078	0,922
Szauna, szolárium, masszázs	17	0,063	0,937
Labdajátékok	11	0,041	0,959
Tánc	9	0,033	0,967
Jóga	7	0,026	0,974
Orvos felkeresése	6	0,022	0,978
Kertészkedés	6	0,022	0,978
Egyéb sport	5	0,019	0,981
Küzdősportok	3	0,011	0,989

Forrás: Saját szerkesztés

Ez alapján kategóriákba sorolhatók a fogyasztók egészségtudatosság szempontjából oly módon, hogy azt tekintjük egészségtudatosabbnak, aki magasabb cselekvési nehézségű tevékenységeket végez. Ez a modell azonban csak egyetlen tényezőt vizsgál. Nekem is meggyőződésem, és a korábbi kutatási eredmények is azt mutatják, hogy több tényezőtől függ, hogy valaki egészségtudatosan él vagy sem.

Mivel ilyen kész modell, mely ennek meghatározásában segítségemre lenne, nem áll rendelkezésemre – a fent említett és alkalmazott cselekvési nehézségen kívül, mely azonban csak egyetlen tényezőt vizsgál –, nekem kell megalkotnom egy ilyen modellt. A kérdés már csak az, milyen változókat használjak hozzá.

Nyilvánvalóan számszerűsíthető és jól mérhető tényezőre, tényezőkre van szükség az egészségtudatosság számszerű meghatározásához. Az imént megvizsgált tényezők közül talán a legkézenfekvőbb, hogy az egészségmegővésre, helyreállításra fordított időt és az arra költött pénzt használjam fel az egészségtudatosság méréséhez. Mindkét tényező esetében számszerű eredményeket produkált a megkérdezés, így ezzel sincs problémám. Sőt, az idő esetében bonyolult matematikai módszerek alkalmazása nélkül is könnyen kategorizálhatók a kapott értékek. Ehhez támaszkodom a korábban erről a változóról elmondottakra. Ezt a felosztást szemléltetem az alábbi 2. táblázatban.

2. táblázat: Mennyi időt fordít egészsége megóvására, helyreállítására hetente?

		Gyakoriság	Valós %	
Valós (óra)	,00	751	69,5	Nem egészségtudatos
	,04	1	,1	
	,08	1	,1	
	,10	1	,1	
	,20	4	,4	
	,30	1	,1	
	,50	8	,7	
	1,00	35	3,2	
	1,50	3	,3	
	2,00	62	5,7	
	2,50	3	,3	
	3,00	41	3,8	
	3,50	5	,5	
	4,00	55	5,1	Egészségtudatos
	5,00	31	2,9	
	6,00	16	1,5	
	7,00	12	1,1	
	8,00	6	,6	
	9,00	4	,4	
	10,00	16	1,5	Nagyon egészségtudatos
	11,00	1	,1	
	12,00	7	,6	
	13,00	1	,1	
	14,00	5	,5	
	15,00	3	,3	
	18,00	2	,2	
	21,00	3	,3	
	25,00	1	,1	
	35,00	1	,1	
Összes		1080	100,0	

Forrás: Saját szerkesztés

## 3. táblázat: Mennyi pénzt költ egészsége megóvására, helyreállítására havonta?

		Gyakoriság	Valós %	
Valós (ezer Ft)	,00	851	78,8	Nem egészségtudatos
	,50	6	,6	
	,60	2	,2	
	1,00	30	2,8	
	1,20	1	,1	
	1,50	6	,6	
	1,60	4	,4	
	2,00	24	2,2	
	2,40	1	,1	
	2,50	3	,3	
	2,60	1	,1	
	3,00	25	2,3	
	3,20	2	,2	
	3,30	1	,1	
	3,40	2	,2	
	3,50	4	,4	
	3,90	1	,1	
	4,00	23	2,1	
	4,50	1	,1	
	5,00	33	3,1	
	6,00	7	,6	Egészségtudatos
	6,80	1	,1	
	7,00	1	,1	
	7,50	1	,1	
	8,00	4	,4	
	10,00	26	2,4	
	12,00	1	,1	
	13,00	2	,2	
	15,00	6	,6	
	20,00	4	,4	Nagyon egészség- tu- datos
	30,00	3	,3	
	40,00	2	,2	
	80,00	1	,1	
	Összes	1080	100,0	

Forrás: Saját szerkesztés



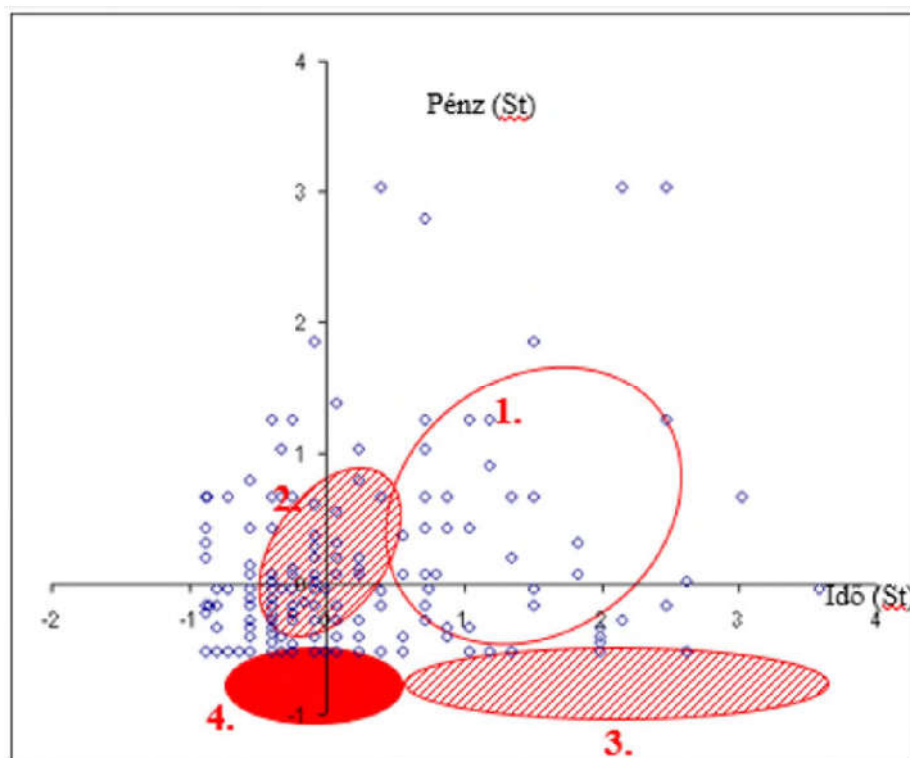
Ez alapján a következőképpen kategorizálom az egyetemistákat: nem egészségtudatos az, aki heti 4 óránál kevesebb időt fordít az egészségére. Egészségtudatosnak tekinthető, aki 4 és 10 óra közötti időt, és nagyon egészségtudatosnak, aki 10 óránál többet tölt egészsége megóvásával, helyreállításával.

Ezek után megvizsgálva a másik tényezőt, az egészségmegóvásra, helyreállításra költött pénzt, akkor hasonló kategóriákat alakíthatok ki, mint az idő esetében. Ezek láthatók a 3. táblázatban.

Vagyis az egészségmegóvásra, helyreállításra költött pénz tekintetében nem egészségtudatos az, aki havi 6.000 forintnál kevesebb pénzt költ az egészségére. Egészségtudatosnak tekinthető, aki 6 és 15.000 forint közötti összeget, és nagyon egészségtudatosnak, aki 15.000 forintnál többet szentel egészsége megóvására, helyreállítására.

Ez alapján meg tudtam határozni, hogy ki egészségtudatos az egészségmegóvásra és helyreállításra fordított idő vagy az erre költött pénz alapján. A hangsúly azonban a „vagy”-on van, mivel egyáltalán nem valószínű, sőt mondhatom szinte biztos, hogy nem ugyanazok egészségtudatosak, nagyon egészségtudatosak és nem egészségtudatosak a pénz, illetve az idő alapján. Leginkább azt valószínűsítem, hogy ezek egymás komplementerei. Tehát valamilyen módon, együttesen kellene vizsgálni a két tényező alapján a megkérdezettek egészségmagatartását, hiszen ahogy korábban is mondtam, több tényező határozza meg az egészségtudatos fogyasztói magatartást. Ehhez azonos bázison kellene tudni mérni a két értéket. Erre a standardizálást hívom segítségül. A standardizálás alapjául mindkét tényező esetében az átlagértéket használom. Az így kapott standardizált pénz- és időértékeket az alábbi 1. ábrán látható koordináta-rendszerben ábrázoltam.

**1. ábra: Szegmensek az egészségmegővésre fordított idő és pénz alapján**



Forrás: Saját szerkesztés

Az átlagosnál nagyobb pénz- és időráfordítást megtestesítő (1.) szegmensbe tartozó fogyasztók tekinthetők egészségtudatosnak mindkét szempontból.

Az átlagosnál nagyobb pénz- és az átlagosnál alacsonyabb időráfordítást megtestesítő (2.) szegmensbe tartozók pénzmotivált egészségtudatosak. Ők inkább pénzt szentelnek az egészségük megővására, helyreállítására, mint időt.

Az átlagosnál nagyobb idő- és az átlagosnál alacsonyabb pénzráfordítást megtestesítő (3.) szegmensbe tartozók időmotivált egészségtudatosak. Ők inkább időt szentelnek az egészségük megővására, helyreállítására, mint pénzt. Olyan tevékenységeket választanak, melyek nem igényelnek anyagi áldozatot. Ezen túl ez azt is jelenti, hogy ők sporttevékenységgel próbálnak tenni az egészségükért, viszont nem szentelnek (szentelhetnek) pénzt az egészséges táplálkozásra.

Az átlagosnál alacsonyabb pénz- és időráfordítást megtestesítő (4.) szegmensbe tartozók nem egészségtudatosak. Ők pénzt és időt is csak az átlagosnál csekélyebb mértékben szentelnek az egészségük megővására, helyreállítására.

A fentiekben két tényező alapján sikerült meghatároznom az egyetemisták egészségtudatosságát, illetve szegmentáltam is őket a két tényező alapján.

Azt gondolom azonban, hogy annak megítélése, ki mennyire egészségtudatos, nem csak ettől a két tényezőtől, vagyis nem csak attól függ, hogy mennyi időt és pénzt szentel az egészsége megóvására, helyreállítására. Ezt mutatták a korábbi kutatásaim eredményei is. Így tovább folytatom a vizsgálódást, és megpróbálok újabb tényezőket bekapcsolni a mérésbe.

### Az egészségtudatossági mérőszám

Áttekintve a korábbiakban megvizsgált tényezőket, további két olyat találtam, mely az egészségtudatosság számszerűsítésében segítségemre lehet. Ezek az alábbiak:

- Mennyire éli az életét egészségtudatosan?
- Ha nincs egészségügyi problémája, ellenőrizteti-e rendszeresen az egészségi állapotát?

Ezt a két tényezőt kiegészítettem a korábban is használt tényezőkkel:

- Mennyi időt fordít egészsége megóvására, helyreállítására hetente?
- Mennyi pénzt költ egészsége megóvására, helyreállítására havonta?

Így alkottam meg az alábbi képletet az egészségtudatosság számszerű meghatározására.

$$E = \frac{[1 + EFI(\text{ó} / \text{hét})] \times [1 + EKP(EzerFt / \text{h})]}{[6 - MEE(\text{skálaérték})] + EEÁHNB(\text{skálaérték})}$$

A képletben használt rövidítések jelentése a következő:

*EFI: Egészségmegóvásra, -helyreállításra Fordított Idő*

*EKP: Egészségmegóvásra, -helyreállításra Költött Pénz*

*MEE: Mennyire Él Egészségtudatosan*

*EEÁHNB: Ellenőrizteti Egészségi Állapotát, Ha Nem Beteg (Ha nincs egészségügyi problémája, ellenőrizteti-e rendszeresen az egészségi állapotát?)*

Nyilván fölmerül mindenkiben a kérdés, hogy miért pont ilyen módon, ilyen matematikai műveletekkel kapcsoltam össze ezeket a tényezőket.

### Az ET képlet magyarázata

Azt gondolom, az egyértelmű, hogy a számlálóba miért a két korábban részletesen vizsgált tényező került, hiszen erre már korábban rávilágítottam, hogy ezeket tartom az egészségtudatosság elsőrendű fokmérőjének. Összeadni nem lehet őket, hiszen más a mértékegységük, ezért összekapcsolásukra, együttes kezelésükre a szorzás tűnik a legalkalmasabb matematikai műveletnek. Arra pedig, hogy az egészségmegővésre, -helyreállításra fordított idő és pénz értékét hozzáadjuk egyhez, és így szorozzuk őket, azért volt szükség, hogy ha valaki csak időt vagy csak pénzt szán az egészségére, akkor se legyen nulla a szorzat eredménye. Így mindenképpen mérni tudjuk az egészségtudatosságot, bármit is tesz valaki ennek érdekében. A másik két tényező feladata, hogy árnyalja a szorzás eredményeként kapott értéket. Mindkettőt egy skála segítségével mértem.

A „Mennyire él egészségtudatosan?” kérdésre adott válaszokat az alábbi ötfokozatú skála segítségével mértem, melynek értékei a következők voltak:

1. egyáltalán nem
2. kis mértékben
3. közepes mértékben
4. eléggé tudatosan
5. nagyon tudatosan

Az „Ellenőrizteti-e rendszeresen egészségi állapotát?” kérdésre adott válaszokat pedig a kérdésfeltevésből egyértelműen következő módon az alábbi dichotóm skálával mértem:

- |         |        |
|---------|--------|
| 1. igen | 2. nem |
|---------|--------|

Mivel itt a minőségi ismérvek sorszámaikat használtam mérőszámként, ezért ezek minden további nélkül összeadhatók. Azonban a két skálánál nem azonosak a végpontok, vagyis míg az ötfokozatúnál az egyes érték a negatív és az ötös a pozitív, addig a dichotóm skálánál az egyes a pozitív és a kettes a

negatív végpont. Ezért az egyiknél skálatranszformációra van szükség annak érdekében, hogy ha a válaszadó mindkét skálán azonos irányú (mindkétyszer negatív, vagy mindkétyszer pozitív) választ adott, akkor azok ne kioltásák, hanem a helyes irányba módosítsák egészségtudatossági mérőszámát. Számomra az ötfokozatú skála transzformálása tűnt egyszerűbbnek és kézenfekvőbbnek, ezért ennél a skálaértékeket kivontam hatból, ezáltal a legkisebb érték vált a legnagyobb. Azért nem ötből, mert abban az esetben, ha valaki ötöt adott erre, a kivonás után nullát kapnék, és így kiesne ez a tényező, sőt ha emellett igennel válaszol a másik kérdésre, akkor a két tényező együttesen sem módosít az egészségtudatossági mérőszám értékén. Ezután már az összegzésük a megfelelő irányban és mértékben módosíthatja a mérőszámot. A dichotóm skála transzformálása azért sem lenne célszerű, mert akkor annál, aki nemmel válaszolt, vagyis kevésbé egészségtudatos, annál kisebb, míg aki igennel válaszolt, annál pedig nagyobb mértékben csökkentené a mérőszámot, tehát épp ellenkezőleg, mint amit a válasza kifejez az egészségtudatosság szempontjából.

A kérdés ezek után már csak az volt, hogyan kapcsoljam össze az idő és pénz szorzatával az egészségtudatos élet és rendszeres orvosi ellenőrzés skálaértékének összegét. Erre megítélésem szerint az osztás kínálta a legmegfelelőbb megoldást. Ugyanis így minél egészségtudatosabban él valaki egyrészt a saját megítélése szerint, másrészt ellenőrizteti az egészségi állapotát, akkor is, ha nincs egészségügyi problémája, akkor kisebb számmal történik az osztás, kisebb mértékben csökkenti a pénz–idő-szorzatot, és magasabb lesz a mérőszám. Ellenkező esetben fordított lesz a helyzet, és jelentősebb mértékben csökken a pénz–idő-szorzat.

Azt már a pénz–idő-szorzat vizsgálatánál leírtam, hogy annak az értéke sosem lesz nulla, azért, mert mindkét értéket egyhez adom hozzá. A tört értéke sem lehet a nevezőre vonatkozóan az elmondottak miatt nulla, hanem a lehetséges legkisebb értéke 0,5. Ugyanis, amint azt korábban írtam, a számláló minimális értéke  $1 * 1$ , vagyis 1. A nevezőé pedig  $6 - 5 + 1 = 2$ , tehát a tört minimális értéke  $1 * 1 / 1 + 1 = 0,5$ . Maximális értéke nincs, mivel bár időt egy héten nem fordíthat korlátlanul valaki az egészségére (legfeljebb 168 órát), viszont pénzt korlátlanul költhet rá elviekben. Tehát a számláló szinte akármilyen magas értéket felvehet. A nevező értéke viszont korlátos, méghozzá alsó és felső korlátja is van. Az alsót már levezettem, ez minimálisan 2 lehet, mely érték a leginkább egészségtudatosakat jelöli a két tényező alapján. A felső korlát pedig 7, mely a legkevésbé egészségtudatosakat jelöli a két tényező alapján.

Így már valamennyi korábban vizsgált tényezőt bevontam az ET mérőszám megalkotásába, melyekről az derült ki, hogy valamilyen mértékben alkalmasak az egészségtudatosság fokának, mértékének meghatározására.

Felmerült még bennem az, hogy a cselekvési nehézség mérőszámát is integrálom az ET mérőszámba. Ettől az a tény tántorított el, hogy megvizsgálva a két mérőszám kapcsolatát, azt tapasztaltam, hogy nincs korrelációs kapcsolat közöttük, amint ezt az alábbi 4. táblázat adatai is igazolják.

4. táblázat: Korreláció az egészségtudatossági mérőszám és a cselekvési nehézség között

		Egészségtudatossági mérőszám	Cselekvési nehézség 15 cselekvéskategória esetén
Egészségtudatossági mérőszám	Pearson-féle korreláció	1	,064
	Szig. (kétoldalú)	.	,294
	N	270	270
Cselekvési nehézség 15 cselekvéskategória esetén	Pearson-féle korreláció	,064	1
	Szig. (kétoldalú)	,294	.
	N	270	270

Forrás: Saját szerkesztés

Ily módon helytelennek, illetve alá nem támaszthatónak éreztem a cselekvési nehézség bevonását a képletbe. Ezért ezt nem is tettem meg, tehát az egészségtudatossági mérőszám maradt a korábban ismertetett formában.

Ezek után már csak egy kérdés maradt a képlettel kapcsolatban, mégpedig az, hogy mennyire helytálló. Vagyis validálni kellene a helyességét. Emiatt egy szakértői megkérdezést végeztem a képlet helyességének az igazolására. Hét szakembert kérdeztem meg az egészségpiac különböző területeiről. Az egészségtudatosság témakörében folyamatosan publikáló magyar szerzőket a magatartástudomány és a marketing területéről. Közülük hárman tudományos munkáikkal is segítettek a cikkem elkészültét. Ketten a gyógyszeriparban, multinacionális gyógyszergyárak magyarországi leányvállalatánál tevékeny-

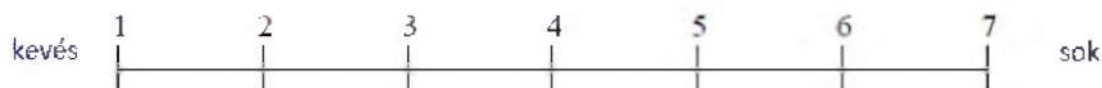
kednek vállalatvezetőként, illetve középvezetőként. Ketten pedig orvos végzettségűek. Egyikük gyakorló szakember, a másik pedig évtizedeken keresztül kórházigazgatóként, manapság pedig egy gyógyászati berendezéseket gyártó és szűrőállomásokat működtető nemzetközi cég igazgatója.

Az ő véleményeik is megoszlottak az általam alkotott képlet vonatkozásában. Egy részük jónak és a mérésre használhatónak minősítette a képletet. Más részük jó elgondolásnak tartotta, de fenntartásokkal viseltetett iránta, és kérdéseket vetett föl vele kapcsolatban. A harmadik „csoport” pedig önkényesnek tartotta a bevont tényezőket, és túl merész vállalkozásnak a képletszerű összekapcsolásukat.

Így megerősödött bennem az a korábbi érzés, hogy nem kellően megalapozott a képlet megszerkesztése, és igazolni sem tudtam a fent vázolt kutatási probléma miatt a használhatóságát. Ezért úgy döntöttem, ezt csak egy állomásnak tekintem a célhoz vezető úton, és próbálok egy még komplexebb, még több tényezőt vizsgáló mérési módszert kidolgozni, annak elkerülése érdekében, hogy önkényesen kiválasztottak legyenek a vizsgálatba bevont tényezők. Éppen ezért azt tartottam a legmegfelelőbbnek, hogy megpróbáljak minden olyan tényezőt a mérési módszerben alkalmazni, melyek befolyásolhatják egy fogyasztó egészségtudatosságát. Az összemérhetőség érdekében azonos skálán kell mérnem az egyes tényezőket. Ehhez a szemantikus differenciál skálát, illetve ennek módosított változatát választottam, és ennek segítségével megalkottam az alább bemutatandó RETP modellt.

## Rugalmas EgészségTudatossági Profil (RETP) (Flexible Health Awareness Profile [FHAP]) modell

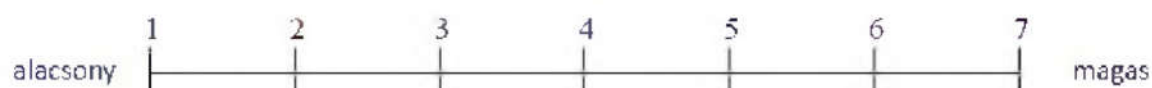
Mennyi időt fordít egészségmegővésre/helyreállításra?



Mennyi pénzt költ egészségmegővésre/helyreállításra?



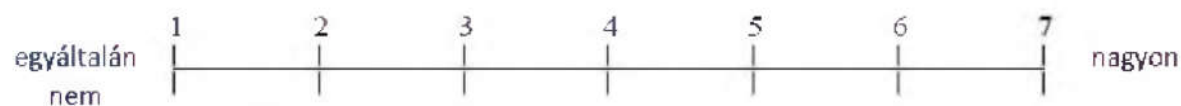
Az egészségmegővés/helyreállítás érdekében végzett tevékenységek cselekvési nehézsége



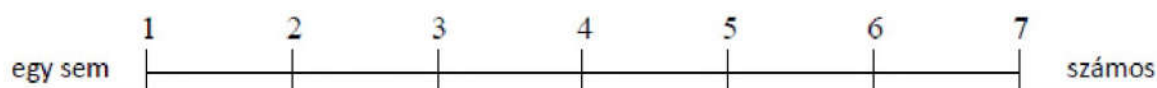
Szűrővizsgálatok látogatása (szűrővizsgálatonként)



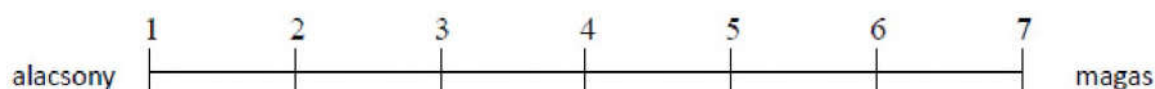
Életmódjában mennyire egészségtudatos?



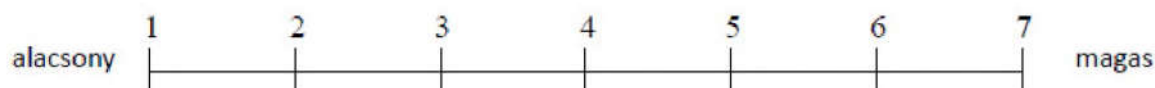
Hány káros szenvedélye van?



Testtömegindex értéke

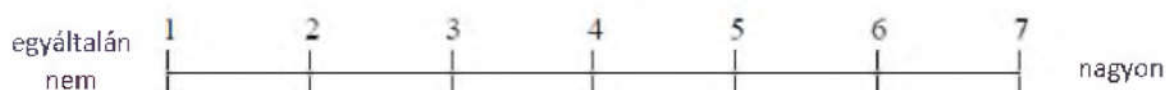


Hastérfogat értéke



Mennyire érzi a stresszt a mindennapjaiban?





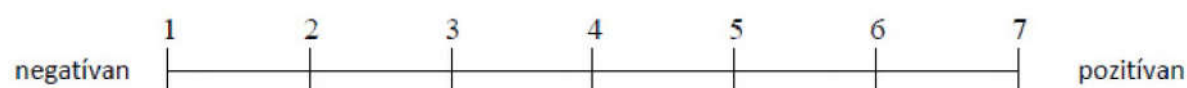
Mennyire jellemzi a rendszeresség a mindennapi életét?



Párkapcsolata hogyan hat a lelkiállapotára?



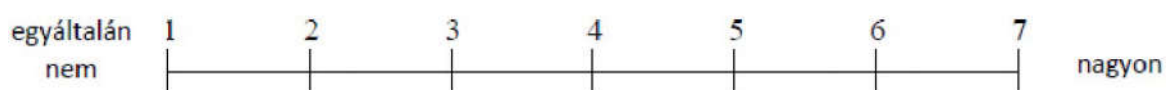
Szexuális élete hogyan hat az egészségi állapotára?



Mennyire figyel a higiénára és a megfelelő tisztálkodásra a mindennapok során?



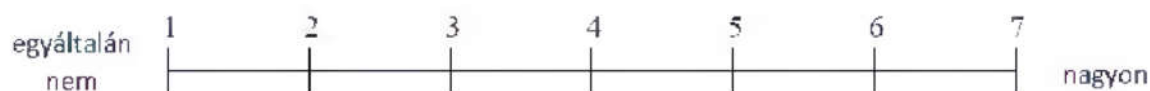
Mennyire figyel arra, hogyan és mivel táplálkozik?



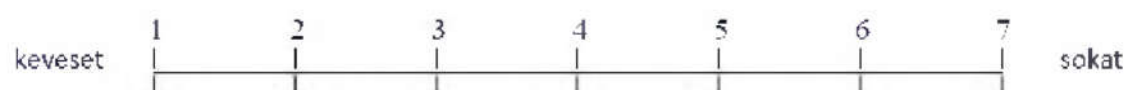
Mennyit alszik egy nap?



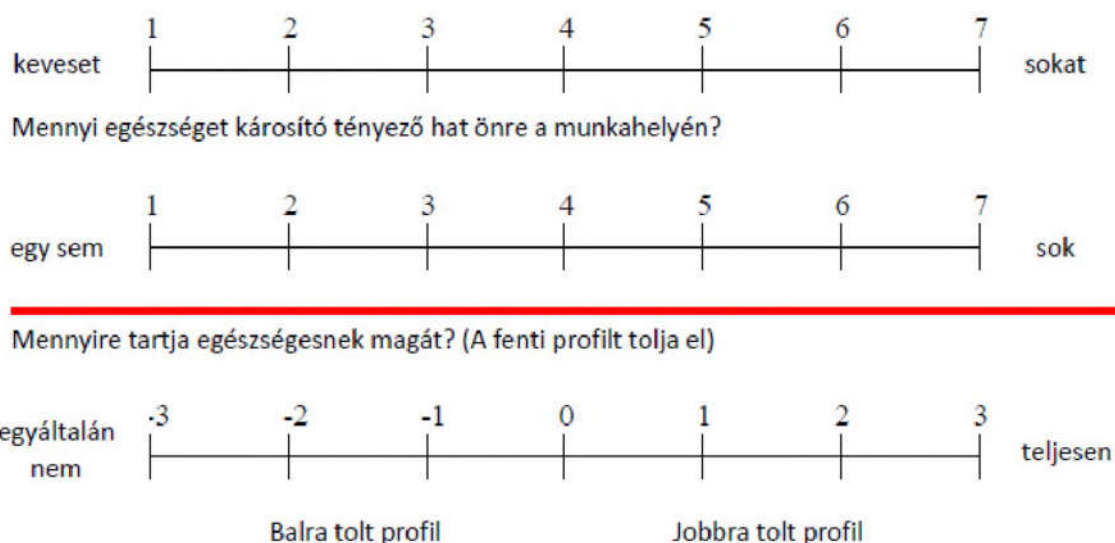
Mennyire veszi figyelembe az egészséget befolyásoló tényezőket a lakóhelye kiválasztásakor?



Mennyit mozog átlagosan egy héten a szabadidejében egészsége megóvása érdekében?



Mennyit időt tölt a friss levegőn egy héten egészsége megóvása érdekében?



Forrás: Saját szerkesztés

Az egészségtudatossági profil úgy alakul ki, hogy az egyes skálákon megjelölt értékeket összekötjük, létrehozva ezáltal az egészségtudatosság grafikus mutatóját. Az utolsó skála, mely egy Stapel-jellegű skála, azt méri, hogy milyennek ítéli saját egészségi állapotát a megkérdezett, eltolhatja a korábbi tényezők alapján kialakult profilt. Így az egészségtudatossági profil – akár csak a vérkép – jobbra vagy balra tolttá válhat. Az egyén egészségi állapotának modellbe építését azért tartottam lényegesnek, mert szerintem ez alapvetően meghatározza az egészségtudatosságát. Méghozzá nem annak abszolút értéke, melyet az orvos vagy valaki más határoz meg, hanem az illető által érzékelt szintje. Vagyis ennél is, akár csak a többi marketingváltozónál, az a fontos, hogy milyennek érzékeljük, nem pedig az, hogy milyen valójában.

Megítélésem szerint a modell előnye éppen a rugalmassága. Ami azt jelenti, hogy mindenki saját vizsgálati céljainak megfelelően tudja az egyes tényezőket bővíteni, részletesebben, illetve mélyebben kibontani, vagy épp ellenkezőleg, szűkíteni a vizsgált változók körét. Ráadásul mindez nem változtatja meg a mérési modell jellegét és jellegzetességeit. A profil nem egy abszolút értékű mérési lehetősége az egészségtudatosságnak, hanem valamihez, pl. egy szegmens vagy egy életstílus csoportátlagához viszonyítva fejezi ki egy egyén egészségtudatosságát. Illetve ha egészség-, társadalom és egyéb tudományágak szakemberei meghatároznák minden változó esetében annak a kívánatos értékét, akkor ezt mint „javítókulcsot” használva meghatározható lenne abszolút értékben is egy adott személy, csoport stb. egészségtudatossága. Ráadásul rö-

zítani lehetne azokat a változókat vagy területeket, ahol az illetőnek jobban oda kellene figyelnie az egészségére. Ezek a minősítések bizonyos változók esetében, mint pl. a testtömegindex jelenleg is rendelkezésre állnak, másoknál reményeim szerint a jövőben meghatározásra kerülhetnek.

Mindezek fényében úgy gondolom, hogy eljutottam ahhoz a módszerhez, amit kerestem, vagyis megalkottam azt a modellt, mely alkalmas az egészségtudatosság jellemzésére.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Barta Gábor, Pálinkás Réka, Müller Anetta (2011): The Role of the Saliris Thermal Spa's bath in the tourism and recreation. In : *Acta Academiae Agriensis Nova Series Tom-Sectio Sport* 38. kötet. 5–13. p.
- Bíró Melinda, Birone Edit N, Fugedi Balazs, Revesz Laszlo, Szabo Bela, Honfi Laszlo (2007): The Role of Teaching Swimming in the Formation of a Conscious Healthy Lifestyle. *International Journal Of Aquatic Research And Education* 1:(3) pp. 269–284.
- Csörgő Tamás, Bíró Melinda, Kopkáné Plachy Judit, Müller Anetta (2013): masszázsterápia hatásának vizsgálata 60 év feletti nők körében. In: *Acta Academiae Agriensis*. XL. 5–17. p.
- Egészségügyi marketing és telekommunikáció. Mátrai Gyógyintézet. Magyarország, Kékestető.
- Eszter Judit Boda, Anetta Müller, Melinda Bíró, Gyula Széles-Kovács, Zsuzsa Nagy, Kinga Ráthonyi Ódor, Adrienn Lengyelne Hargiatai, Beáta Dobay, Péter Hidvégi (2016): A study on attitude to health among kindergarden children. In: *Physical Activity, Health and Prevention: International Scientific Conference: Conference Textbook of Invited Lectures*. 106 p. (szerk. Elena Bendíková, P. Mičko) Konferencia helye, ideje: Banská Bystrica, Szlovákia, 2016. 06. 17 Banská Bystrica: Matej Bel University, 2016. pp. 15–24. (ISBN [978-80-972266-5-7](#))
- Gould SJ.: Health consciousness and health behavior: the application of a new health consciousness scale, *American Journal of Prev. Med.* 1990 jul–aug; 6(4), p 228–237
- Juhász Imre, Kopkáné Plachy Judit, Kiszela Kinga, Bíró Melinda, Müller Anetta, Révész László (2015): Időskorúak rekreációs fizikai aktivitásának hatása a kardiorespiratorikus rendszerre. In: *Magyar Sporttudományi Szemle*. 2015./3. 16. évfolyam. 63. sz. 4–8. p.
- Kerényi Erika, Müller Anetta, Szabó Róbert, Mosonyi Attila: Analysis of Agárd, Komárom and Pápa's Thermal and Experiences Bath, according the guest's satisfaction. *Egészségügyi marketing és telekommunikáció* című

konferencia kiadványkötete (CD) 1–11. o. 2009.

Könyves E., Müller A., Szalay F., Szabó R.: Cserkeszőlő és Karcag egészség-turizmusának összehasonlító elemzése. In: Szolnoki Tudományos Közlemények IX. (cd) 2005. A Magyar és a Világ tudomány napja. Városháza. Magyarország, Szolnok.

Madarász T., Bácsné Bába É. (2016): Survey on the Employees' Fitness Condition and the Employers' Health Preservation Possibilities in Case of Small and Medium-sized Enterprises. In: SEA: PRACTICAL APPLICATION OF SCIENCE IV:(2 [11]) pp. 205–212.

Malhotra N. K.: Marketingkutató, Prentice Hall Inc., 1999.

Mihályi P.: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába, Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003.

Müller A., Juhász I., Széles-Kovács Gy., Bocz Á., Hajdu P., Sütő L., Szalay G., Szabó B., Seres J.: A sporttáborok pedagógiai és módszertani aspektusai. In: VI. Országos Sporttudományi Kongresszus Kiadványkötete. I. kötet. 227–232. p. 2008. VI. Országos Sporttudományi Kongresszus. Eszterházy Károly Főiskola, Magyarország, Eger.

Müller Anetta, Bíró Melinda, Hídvégi Péter, Váczi Péter, Plachy Judit, Juhász Imre, Hajdú Pál, Seres János (2013): Fitnesz trendek a rekreációban. Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport 40: pp. 25–34.

Müller Anetta, Kórik Valéria: Az Észak-alföldi fürdők szerepe a turizmusban és a rekreációban. In. Economica 2. szám, 58–72. p. 2009.

Müller Anetta, Széles-Kovács Gyula, Seres János: Közgazdász hallgatók sítábori tapasztalatairól. In: Acta Academiae Paedagogicae Agriensis. XXXV. Kötet. 69–82. p. 2009.

Nagy Zsuzsa, Müller Anetta: Az általános iskolai tanulók és a középiskolai tanulók táborválasztási motivációs értékei. In: Harmadfokú képzés, felnőttképzés és regionalizmus. Régió és oktatás sorozat V. kötet. 265–270. p. 2010. TERD konferencia, Debreceni Egyetem. Magyarország. Debrecen. 2008. június 22–24.



Zsuzsa Nagy, Anetta Müller (2016): The role of the pulse measurement in the student's differentiated education applied in P.E. In: Physical Activity, Health and Prevention: International Scientific Conference: Conference Textbook of Invited Lectures. 106 p. (szerk. Elena Bendíková, P. Mičko) Konferencia helye, ideje: Banská Bystrica, Szlovákia, 2016. 06. 17 Banská Bystrica: Matej Bel University, 2016. pp. 5–14. (ISBN [978-80-972266-5-7](#))

Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000, 2003. <http://efrikk.antsz.hu/oek/egeszsegstat/oleC2000.htm> <http://efrikk.antsz.hu/oek/egeszsegstat/oleC2003.htm>